ESSAI DE REVUE GÉNÉRALE CLINIQUE

DES

NÉPHRITES OURLIENNES

N° 1

ESSAI DE REVUE GÉNÉRALE CLINIQUE

DES

NÉPHRITES OURLIENNES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 novembre 1906

PAR

THÉOPHILE CATHALA
Né à Olonzac (Hérault), le 5 février 1877
Licencié ès sciences naturelles
Ex-interne à l'hôpital civil de Bône (Algérie)

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
LIBRARY

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

MONTPELLIER
Imprimerie Grollier, Alfred DUPUY successeur
Boulevard du Peyrou, 7

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ..... DOYEN.
TRUC ..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs-adjoints : M. RAUZIER, DE ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe	SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, (✻), agrégé.
Clinique gynécologique	DE-ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements	PUECH, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIERE.
RAYMOND (✻).	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUERIN.	

M. H. IZARD, *secrétaire,*

Examinateurs de la thèse :

MM. CARRIEU, *président.*	MM. VIRES, *agrégé,*
BEAUMEL, *professeur.*	VEDEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ÇARRIEU

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Montpellier

A M. LE PROFESSEUR IMBERT

A M. Léon ROUYER

Directeur de l'Hôpital civil de Bône (Algérie)

MEIS ET AMICIS

T. CATHALA.

HISTORIQUE

La première relation de la néphrite ourlienne date du XVIIIe siècle ; elle nous a été laissée par l'italien Pratolongo, qui en 1752, observant une épidémie d'oreillons à Gênes écrivait à Borsiéri, alors professeur à Pise : « La seule maladie qu'on puisse regarder comme épidémique, à Gênes, en ce moment est celle que nous appelons les oreillons ; outre la tuméfaction des parotides, on a vu chez quelques malades les testicules se tuméfier aussi avec une fièvre véhémente ; chez d'autres ce gonflement des parotides était suivi d'une anasarque qui survient parfois après la scarlatine, avec une grande difficulté de respirer et une fièvre aigue. Croyez-vous qu'on puisse mettre cette maladie au rang des éruptives ? »

En 1851, Burne rapporte un cas de néphrite ourlienne accompagné de violentes convulsions, de coma et d'anurie. (« Provinciales » de Londres.)

Renard, pendant l'épidémie d'Antibes (1856) a vu trois jeunes soldats présenter de l'albuminurie avec anasarque, et il attribue cette complication à une fluxion rénale analogue à la fluxion parotidienne. « La maladie générale, dite oreillons, a déterminé sur la glande rénale et sur les tissus périphériques, une fluxion comme sur toute autre glande ; la circulation s'en est trouvée gênée, entravée à un degré

quelconque, et de là à ce trouble fonctionnel par lequel l'albumine apparaît dans les urines, il n'en faut pas davantage. »

L. Colin, dans la « Société médicale des Hôpitaux » (1876). rapporte un cas de néphrite ourlienne, avec anasarque, et suivi de mort.

Isham (1878) a écrit l'histoire d'une néphrite survenue le deuxième jour d'une parotidite double, et accompagnée de délire et de dyspnée.

Gaucher, en 1881, relate une albuminurie ourlienne qui dure deux ans; et Jourdan un cas d'oreillon compliqué d'hématurie.

Rasth, dans sa thèse (1883), rapporte un cas d'albuminurie ourlienne.

L. Renard, lors d'une épidémie d'ourles, a retrouvé plusieurs fois l'albuminurie; dans trois cas, l'issue fut mortelle; dans une quatrième cas le malade, qui avait déjà eu les oreillons, présenta une œdème considérable des bourses et des membres inférieurs et guérit (« Archives de médecine militaire », Angers, 1885).

L'albuminurie passagère a été souvent observée: par Renard, au cours de la convalescence d'oreillons (1869); par Tédenat, au cours d'orchites ourliennes (Montpellier médical, 1885); dans les thèses de Bourgeois (1887), de Gagé (1892.) — Bézy note un cas d'albuminurie sans oreillons dans le cours d'une épidémie d'ourles (1893): le cas est à bon droit regardé comme douteux. — Catrin, dans la « Société médicale des Hôpitaux » (1893) dit: « Sur quelques observations, sur cent cinquante-neuf cas d'oreillons » : « Quant à la question de l'albuminurie, je dois diviser en deux groupes mes observations sur ce point. En effet, pendant les mois de janvier et de février, j'avais seulement examiné l'urine des malades à leur entrée à l'hôpital, ou encore lors-

que des phénomènes spéciaux m'incitaient à cette recherche, rhumatisme, endocardite, œdème palpébral. Dans cette première série, sur 91 cas, je n'ai trouvé que le 6,5 pour 100 d'albumine. Mais en mars et avril, après les observations de M. Siredey, j'ai examiné les urines de tous les malades atteints d'oreillons, tous les deux ou trois jours ; dans cette seconde série, sur 59 cas, j'ai trouvé douze fois de l'albuminurie, soit 30 0/0. C'est donc là, je pense, une question à reprendre, en employant le mode d'investigation de ma deuxième série.» En 1895, Catrin écrit aussi : « Sur les oreillons et leurs complications ». Cette albuminurie s'accompagne ou non de néphrite, elle est d'ordinaire bénigne. Bézy et Comby ont soutenu que dans les épidémies d'oreillons on pouvait trouver des albumineries qui étaient des manifestations d'oreillons sans parotidites, mais cette opinion n'a encore que peu de défenseurs. Peut-être, dans ce cas, la recherche du diplocoque pourrait-elle donner plus de certitude à ce diagnostic un peu hésitant (Laveran)». Ce sont là les principales publications touchant l'albuminurie passagère simple.

Depuis 1883, on a cité un certain nombre de cas de néphrite ourlienne : Sorel, dans les « Archives de médecine militaire » (1883) ; Demme dans le « Wienner med. Blatt 1888 ; Toussaint : cas de néphrite aiguë avec accidents urémiques à forme cérébrale dans le cours d'oreillons (1893) ; Granier, dans le « Jour. de Méd. and. Surg. Prat » (1902) ; Sylvester, dans « l'Américan Médecine » (23 août 1902) ; Eichhorst, dans son « Lehrbuch d. spec. Path. und Ther » ; Kerley, dans « Archivof Pediatrics ».

Les livres classiques sont pauvrement documentés sur la question. Brouardel ne cite guère que quatre observations ; Guinon, dans le « Traité de Médecine de Charcot et Brissaud », cite quatre ou cinq noms et consacre quelques vagues lignes à la question.

La seule et unique revue documentée des néphrites ourliennes a été faite en avril 1905, à New-York, par l'américain J. Miller (Médical New), qui rapporte un cas personnel intéressant; il s'étonne, lui aussi, de la pénurie de documents que l'on trouve dans les classiques et même de leur absence totale dans certains traités de pédiatrie. Grâce à l'obligeance de notre ami, M. le docteur Devèze, interne des hôpitaux, nous rapportons une observation inédite, prise dans le service de M. le professeur Carrieu, en 1905.

Ce très modeste travail a pour objet de séparer les diverses modalités de la néphrite ourlienne et est un essai de revue générale clinique. Ces néphrites ont été divisées en trois groupes :

1° L'Albuminerie ourlienne fébrile simple, sans autres symptômes, en tout semblable à l'albuminurie fébrile des autres infections ;

2° Les néphrites ourliennes congestives ; de même, en effet, que la congestion pulmonaire est le premier stade de la pneumonie et que celle-ci peut guérir à ce stade, de même la néphrite ourliennne peut s'arrêter à la phase congestive ;

3° Les néphrites complètes, bien caractérisées par leur symptomatologie et pouvant : *a*) guérir avec *restitutio ad integrum*, ou avec débilité rénale ; *b*) passer à l'état chronique . *c*) se terminer par la mort.

Le quatrième chapitre contient l'exposé des diverses divisions classiques proposées pour les néphrites aiguës — et les conclusions de la thèse.

PREMIER GROUPE

Albuminurie fébrile simple

Les descriptions que les classiques donnent de la néphrite ourlienne, l'article de Miller consacré à la même matière, comprennent aussi bien les cas d'albuminurie ourlienne simple que les cas de néphrites bien caractérisées. Et cependant, l'on verra combien l'accord est loin d'être fait sur la valeur exacte qu'il faut attribuer à l'albuminurie fébrile. Nous réunirons donc dans ce 1er groupe les observations qui ont trait à cette albuminurie, sans vouloir préjuger de la valeur exacte qu'il faut lui attribuer.

Miller dit que « dans une revue sérieuse de la littérature médicale », il n'a trouvé que 29 cas de néphrite ourlienne ; dans ce nombre, il comprend les albuminuries fébriles citées par Gagé dans sa thèse, par Catrin et le cas de Bézy, déjà si contestable. A ces cas, Miller aurait pu joindre ceux de la thèse de Bourgeois, ceux de la thèse de Plagneux et ceux cités par le professeur Tédenat dans le *Montpellier Médical* (1885). Je n'ai pas eu l'intention d'apporter ici tous les cas d'albuminurie ourlienne simple : Catrin fait remarquer très justement que cette albuminurie paraît si fréquente depuis que l'on a l'habitude d'examiner les urines tous les jours et

parfois deux fois par jour. Nous avons rapporté parmi ces observations quelques-unes de celles qui nous ont paru le plus typique, afin d'essayer de caractériser cette albuminurie et celles rapportées par Miller.

Observation I. — (Gagé, thèse Paris, 1892).— Le nommé Pierre Ewartz, imprimeur, âgé de 17ans, entre à l'Hôtel-Dieu annexe, le 19 mars 1892, salle Saint-Pierre, n° 24. Pas de renseignements précis du malade sur son hérédité. Son père, qui souffrait d'une maladie de cœur, serait mort l'an dernier subitement, à l'âge de 50 ans ; sa mère est morte vers la même époque, à 34 ans, d'une affection de poitrine. Ses frères et sœurs sont bien portants ; lui-même n'a eu qu'une rougeole bénigne à l'âge de 8 ans. Depuis un an, il vit seul et ne s'est pas trouvé en rapport avec quelqu'un qui ait une maladie analogue à la sienne. Le malade prétend que le 4 mars il s'est mouillé et qu'il a eu froid. Le lendemain il s'aperçoit qu'il a une enflure au niveau de l'angle gauche de la machoire ; il éprouve une sensation de gêne et une douleur vague exaspérée par la pression et par les mouvements de mastication. Un peu de céphalée, pas de perte d'appétit ; il se rend comme d'habitude à son travail.

26. — Même état ; le malade mange et travaille comme la veille.

27. — Le malade remarque qu'il a un peu mal à la gorge ; la gêne de la mastication a augmenté, mais il va néanmoins se promener.

28. — Les symptômes généraux ont augmenté considérablement ; il y a du malaise, de la céphalalgie, des frissons ; anorexie et courbature, il reste couché. Dans la nuit, fièvre, vomissements, céphalalgie ; il se décide à entrer à l'hôpital.

29. — T. rectale 39°. Malade assez calme. Dans la nuit, exaspération des phénomènes généraux ; vomissements bilieux.

30. — Temp. du matin : 40°5. Du soir : 39°5. Epistaxis, vomissements, un peu de diarrhée, violent mal de gorge, le malade est prostré, abattu ; il répond à peine aux questions qu'on lui pose ; le teint est coloré, les yeux brillants ; des deux côtés les régions parotidiennes sont gonflées, les glandes sublinguales et sous-maxillaires sont envahies aussi par la fluxion ; douleur aiguë au niveau de la temporo-maxillaire ; gorge à peine rouge. Rien aux testicules, pas d'albumine dans les urines. Traitement : lotions froides ; 1 gramme de sulfate de quinine en deux fois.

31. — Temp. matin 39°2. Soir 39°5. Les symptômes généraux se sont amendés ; plus de maux de tête, plus de vomissements ni de diarrhée ; quelques épistaxis ; les régions parotidiennes sont moins tuméfiées et moins sensibles ; rien aux testicules, pas d'albumine dans les urines.

1er avril. — Les symptômes généraux ont disparu ; seule, la fièvre persiste encore un peu ; la fluxion parotidienne a beaucoup diminué. Pas d'albumine dans les urines. Temp. matin 38 degrés. Soir 38°9.

2. — Amélioration persiste ; pas d'albumine dans les urines. Temp. matin 37°5. Soir 38 degrés.

3. — Même état ; pas d'albumine. Temp. matin 37°5. Soir 38°.

4. — Temp. matin 37°2. Soir 37 degrés. Léger nuage d'albumine dans les urines.

5. — Temp. normale ; la région parotidienne est toujours le siège d'une légère fluxion ; l'albumine dosée à l'aide du tube d'Esbach donne 0,25 par litre.

6. — Même état ; 0 gr. 25 d'albumine par litre.

7. — La région parotidienne est presque tout à fait dégagée ; plus de sensibilité à la pression. Temp. normale. Albumine 0 gr. 25. Le malade est soumis au régime lacté.

8. — Temp. normale. L'albumine a disparu, on ne retrouve plus de trace de parotidite.

Le malade sort complètement guéri.

Observ. II. (de A. Siredey, in Th. Gagé, Paris, 1892). — Ch. X..., 17 ans, a eu une fièvre typhoïde en 1888 ; un zona de la branche frontale du nerf ophtalmique en décembre 1890 ; il a néanmoins une bonne santé habituelle et n'a jamais présenté d'albuminurie.

Le 25 février 1892, je suis appelé auprès de M. X... qui se plaint d'un léger mal de tête, de courbature et de gonflement de la joue gauche, qu'il attribue à un refroidissement. Il est facile de constater, dès ce moment, que la tuméfaction est limitée à la région parotidienne gauche, que la douleur a son maximum au-dessous de l'oreille et en arrière de la branche montante du maxillaire. La peau est tendue, luisante, à ce niveau. Aspect très caractéristique qui fait porter le diagnostic d'oreillons.

Langue saburrale. Temp. axillaire 38°2 ; un peu de constipation ; pas d'albumine. Traitement : laxatif léger, repos à la chambre.

27 février. — La tuméfaction ourlienne se montre du côté droit avec les mêmes caractères qu'à gauche ; elle commence à diminuer à gauche ; même température. Etat général assez satisfaisant ; pas de fièvre, peu d'abattement ; le malade peut travailler à la préparation de son baccalauréat, bien que le repos lui soit formellement prescrit.

1er mars. — Dans l'après-midi, alors que le gonflement de la joue gauche a complètement disparu et que celui de la joue droite a notablement diminué, le malade est pris d'un violent frisson. La température axillaire est, vers 6 heures du soir, de 39°8. A 10 heures du soir, le malade a de la céphalalgie, du dégoût des aliments, des sensations de vertige, de

la prostration, l'aspect typhoïde. Je constate une légère douleur dans le testicule gauche, au niveau de l'épididyme. Traitement : sulfate de quinine, 0 gr. 40 cent. ; purgation légère, lait, grog.

2 mars. — Persistance du mal de tête et des vertiges ; état nauséeux, la langue est blanchâtre ; les urines sont rares et épaisses ; elles contiennent 0 gr. 45 d'albumine par litre. Temp. matin 39°3. Soir 39 degrés. Traitement : régime lacté absolu ; un peu de café et d'eau de Vichy, sulfate de quinine.

4. — L'albumine a diminué sensiblement : 0 gr. 25 par litre environ. Temp. 38°9. La langue est un peu plus nette ; le gonflement de l'épididyme n'augmente pas.

6. — Il ne reste plus qu'un léger nuage d'albumine ; le mal de tête ne se reproduit que par crises dans la journée. Le malade est bien éveillé ; il a de l'appétit. Conservation du régime lacté.

10. — Disparition complète de l'albumine ; retour à l'alimentation ordinaire.

Depuis j'ai revu plusieurs fois le malade et j'ai pu constater qu'il ne présentait plus d'albumine dans les urines.

Observ. III (Gagé, thèse de Paris, 1892). — Toquet J.-B., 29 ans, garçon de magasin, entre le 8 avril 1892 dans la salle Saint-Augustin, n° 10 (Hôtel-Dieu). Pas d'antécédents héréditaires. Rougeole bénigne en 1870. Depuis, il n'a jamais été malade. Cet homme paraît avoir des habitudes alcooliques ; il avoue qu'il a fait autrefois des excès de boissons.

Le 8 et le 9 avril 1892, le malade se plaint d'inappétence, de malaise général ; il éprouve une légère douleur dans la gorge ; la bouche est sèche, mais la déglutition n'est pas gênée. Cet état dure jusqu'au 12 avril.

12.— Il se trouve trop faible pour se rendre à son travail ; les symptômes précédents se trouvent plus accusés ; il ressent

une douleur à l'angle gauche de la mâchoire, au-dessous de l'oreille.

13. — Apparition à gauche d'une tumeur dure, résistante, douloureuse à la pression, qui envahit en un jour toute la région parotidienne ; le lendemain, le côté droit se prend à son tour. Soif vive, courbature, céphalée, fièvre, pas de délire. Traitement : applications de pommade mercurielle et cataplasmes de farine de lin.

Après deux jours, les oreillons disparaissent sans laisser de traces ; l'état général du malade est satisfaisant.

17. — Apparition d'une orchite à droite ; le soir, le testicule gauche se prend à son tour ;

18. — Le malade est pris d'un mouvement fébrile, avec délire bruyant ; il crie, se débat, se lève, à tel point qu'on est obligé de l'attacher et de l'amener à l'hôpital.

19. — Toute trace des oreillons a disparu. Le malade n'a plus ni fièvre, ni délire ; il est très calme et sa connaissance est entière. Il est légèrement abattu. La peau du scrotum est rouge et tendue ; les deux testicules sont durs et douloureux à la pression ; léger épanchement dans la vaginale ; les épididymes sont indemnes ; à droite, on constate l'inversion de l'épididyme. Pas d'écoulement uréthral ; pas d'œdème des jambes, ni bouffissure de la face ; l'analyse d'urine dénote une quantité notable d'albumine. Traitement : application de pommade mercurielle et de farine de lin. Elévation des testicules sur une lame de carton qui repose sur les cuisses. Régime lacté.

20. — Même état que précédemment ; la fluxion testiculaire tend à diminuer ; pas de fièvre.

22. — Même état.

23. — Etat général du malade est excellent. Plus de douleurs ; le testicule droit n'est pas induré et il est revenu à

une grosseur normale, le gauche est un peu plus volumineux qu'à l'état normal. Plus d'albumine dans les urines.

27. — Le malade est complètement guéri.

Observ. IV. (De M. Jaccoud, in thèse de Bourgeois, Paris, 1888. Résumée). — Jeune homme pris d'oreillons en pleine santé, le 22 mars. Parotidite double.

6 avril. — Orchite droite; recrudescence des symptômes généraux; endocardite ourlienne; l'auscultation du cœur fait entendre à la pointe un souffle systolique fort et rude, et au foyer aortique un souffle également au premier temps, moins long et moins râpeux.

8. — Temp. du soir: 40°4.

9. — Temp. du matin: 39°8. Soir: 41°. Pas d'augmentation de volume de la rate; pas d'albumine dans les urines. Les régions parotidiennes sont complètement dégagées; l'orchite persiste au même degré.

10. — Un peu d'albumine dans les urines. Temp. matin: 39°4. Soir: 40°2.

11. — Temp. du matin: 38°8. Soir: 38°.

12. — La défervescence est effectuée; plus de température; plus d'albumine dans les urines; l'endocardite persiste légèrement. Le malade est complètement guéri le 25 avril.

Observ. V. (Bourgeois, thèse de Paris, 1888. Résumée). — Charles X..., 18 ans, domestique, prend les oreillons le 7 mai 1887. La maladie a débuté par une fluxion parotidienne du côté gauche; les ganglions sous-maxillaires sont le siège d'une tuméfaction douloureuse.

9 mai. — Temp. du soir: 38°.

10. — Temp. du soir: 40°5; le côté droit est pris à son tour.

11. — Temp. du matin: 39°. La douleur au niveau des

parotides a diminué ; apparition d'une petite quantité d'albumine dans les urines. Temp. du soir : 40°.

12 — Commencement de la défervescence. La fluxion diminue sensiblement ; l'albumine a disparu.

17. Le malade est complètement guéri.

Observat. VI. (de Plagneux, thèse Paris, 1885. Résumée). — Roques Jean, soldat infanterie de marine, entre dans le service de M. le docteur Bourru, à l'hôpital maritime de Rochefort.

Constitution vigoureuse ; sans antécédents morbides ni héréditaires, accuse depuis quatre jours des douleurs au niveau du sternum et de la région lombaire, céphalalgie vive ; on constate de la fièvre, avec de l'exacerbation vespérale. Depuis deux jours, douleurs vives dans les articulations fémoro-tibiales.

24 février. — Douleurs lombaires vives et spontanées ; les genoux sont légèrement tuméfiés et le malade accuse une douleur très vive à la pression à ce niveau. Temp. du matin, 38°2 ; du soir, 39°, Diagnostic : rhumatisme articulaire aigu.

25. — Tuméfaction des régions parotidiennes. Temp. du matin, 38°4 ; du soir, 39°. Analyse des urines : urée 29 gr. 7. Réaction acide. Pas d'albumine.

27. — Même état. Temp. matin, 38°8. Soir, 39°2. Urines : urée 29 gr. Réaction acide. Pas d'albumine.

28. — Même état. Temp. matin 38°9. Soir 39°2. Pour la première fois, on trouve, dans les urines, 0.50 centigrammes d'albumine par litre.

1er Mars. — Même intensité dans les douleurs ; même quantité d'albumine dans les urines. Gonflement parotidien toujours persistant. Temp. matin 38°4. Soir 39°1.

3. — Tuméfaction des régions coxo-fémorales. Temp.

matin 37°5. Soir 39°2. Plus d'albumine dans les urines. Les symptômes vont en s'amendant jusqu'au 5 mars.

15. — Guérison complète.

Observat. VII. (de Beule. Résumée).— Garçon de 19 ans, sans antécédents personnels ni héréditaires notables, atteint de parotidite double. L'albuminurie apparaît cinq jours après la disparition de l'enflure parotidienne ; on n'a noté que des traces d'albumine ; l'albumine dure cinq jours. On signale en même temps une céphalée intense et une orchite double. Guérison.

Dans ces observations, l'albuminurie ourlienne apparaît sur des sujets de sexe masculin, dont l'âge est compris entre 17 et 29 ans et sans antécédents héréditaires dignes de remarque.

Dans les antécédents personnels on note deux fois la rougeole, une fois la typhoïde et un zona de la branche frontale du nerf ophtalmique. Dans tous les cas, la parotidite fut double. L'albumine fit son appprition : le quatrième, le cinquième, le sixième, le onzième, le quinzième, le dix-neuvième jour de la maladie, cinq jours après la disparition des oreillons. La durée varie entre un jour et huit jours. La quantité n'a pas toujours été exactement rapportée : 0 gr. 25, 0 gr. 45, 0 gr. 50 par litre ; des traces, en petite quantité ; un peu d'albumine, des quantités notables. On a voulu établir une relation nécessaire entre la violence de l'infection et l'apparition de l'albuminurie : cette relation existe dans les observations I, II et VI ; mais elle apparaît aussi au cours d'infections ourliennes remarquablement bénignes (Observ. V et VII). Brouardel dit qu'elle apparaît au maximum de la fièvre pour disparaître rapidement avec sa chute : cette coïncidence existe dans les observations II et IV ; elle fait défaut dans l'obser-

vation III ; dans l'observation I elle apparaît à la défervescence et dans la VIIe elle se montre cinq jours après la disparition de la parotidite. Le caractère critique que quelques auteurs lui ont assigné est donc loin d'être toujours aussi justifié. La durée de l'affection n'est pas influencée par son apparition, puisqu'on l'observe au cours d'ourles dont la durée varie entre dix et trente-quatre jours. Elle est remarquablement bénigne, toujours curable.

Au point de vue clinique, cette albuminurie a donc une importance minime. Mais au point de vue théorique, la valeur séméiologique qu'il faut lui attribuer est l'objet de vives controverses et donne lieu aux opinions les plus contradictoires. Les interprétations données sont basées sur les propriétés physiques ou les propriétés chimiques de l'albumine, ou encore sur la physiologie pathologique de l'albuminurie.

La propriété physique la plus étudiée est la rétractilité. C'est Bouchard qui a mis en lumière toute son importance. Quand on fait chauffer dans un tube à essai une urine albumineuse, deux éventualités peuvent se produire : 1° ou on obtient comme un nuage, un léger trouble, un brouillard de teinte homogène qui ternit la colonne d'urine dans toute sa hauteur et reste uniformément suspendu dans la masse ; 2° ou il y a formation d'un précipité floconneux, qui rapidement gagne le fond du tube, en donnant par le repos une masse blanchâtre et caillebotée.

Dans la première alternative, l'albumine est dite non rétractile et le rein est sain ; dans la seconde, elle est dite rétractile et il y a néphrite. Lépine et Cazeneuve d'une part, M. Rodet d'autre part, ont montré qu'il suffit d'ajouter à une urine albumineuse un peu d'acide acétique ou de sel pour obtenir, à volonté, la rétractilité ou la non rétractilité. Capitan prend une urine fortement chargée en albumine rétractile et obtient en la diluant avec de l'eau une solution dans laquelle l'albu-

mine n'est plus rétractile. montrant ainsi que la rétractilité est fonction de la plus ou moins grande teneur en eau de l'urine.

A ces expériences contradictoires, Castaigne répond : « Ces expériences n'enlèvent rien à notre avis à la valeur de la réaction, l'urine devant être examinée telle qu'elle a été émise par le rein et les caractères physiques de rétractilité ou de non rétractilité tenant à ce que le rein laisse filtrer, selon les cas, en même temps que l'albumine une plus ou moins grande quantité d'eau, de sels ou d'acides ; la réaction albumineuse varie selon la composition globale de l'urine, qui est elle-même sous la dépendance de l'état lésionnel du rein ». Brault, lui aussi, considère comme non avenus les résultats des expériences de Lépine, Cazeneuve et Rodet, et de Capitan : « Toutes ces raisons ne nous semblent pas infirmer, dit-il, les résultats obtenus par Bouchard sur les urines albumineuses fébriles. Le fait clinique conserve à notre avis son importance. Il est impossible de ne pas voir, en effet, le rapprochement qu'il y a entre ces faits signalés par Bouchard et ceux indiqués par Sénator et Hoffmann à propos de l'albuminurie dans les maladies fébriles. Si réellement la globuline représente la presque totalité de l'albumine urinaire dans la première période des maladies générales, les résultats obtenus par Bouchard reçoivent une explication naturelle. On sait que la globuline ne se rétracte pas sous l'influence de la chaleur ou des acides et qu'elle peut rester à l'état de nuage. Les urines franchement non rétractiles seraient donc peut-être des urines dans lesquelles la globuline représenterait la plus grande partie de l'albumine en suspension. De là, à conclure que le rein est indemne, nous paraît prématuré. L'idée d'une néphrite légère ou d'une néphrite congestive dont les lésions sont facilement réparables nous paraît aussi soutenable que celle d'une constitution

spéciale des albumines du sérum. Il est difficile de prétendre que dans les albuminuries fébriles, le rein ne souffre pas dans son rôle d'organe éliminateur et les examens microscopiques démontrent qu'il échappe rarement aux assauts de la maladie. »

La quantité d'albumine n'aurait pas une grande valeur séméiologique, d'après Castaigne.

La coagulation par la chaleur, signalée d'abord par Cotugno, fut reprise par Bright qui établit une relation de cause à effet entre la lésion rénale et la présence de l'albumine ; mais Semmola battit ses idées en brèche. La question était toujours pendante ; certains auteurs pensèrent trouver la clef de la question par l'analyse chimique.

Il n'en a rien été et les résultats de l'analyse chimique n'ont fait que compliquer davantage le problème. Les principales albumines urinaires isolées sont : la sérine et la globuline précipitables par la chaleur ; la peptone non précipitable par la chaleur et l'acide nitrique ; la propeptone qui précipite par l'acide azotique et qui se redissout par la chaleur.

La sérine et la globuline se rencontrent en général ensemble dans l'urine ; elles coagulent toutes les deux en liqueur acétique et en présence de sels neutres. En saturant par le sulfate de magnésie une urine neutralisée, la globuline dépose ; la sérine reste en solution. La différence entre la globuline et l'albumine totale donne la sérine. On peut aussi recueillir la globuline sur un filtre et précipiter par la chaleur la sérine dissoute dans le filtratum : on n'a ensuite qu'a peser. Hoffmann et Sénator disent que la globulinurie prédomine dans les néphrites aiguës et ils expliquent ce phénomène en disant que la globuline du sérum est plus diffusible que la sérine. Mais la question de la plus ou moins grande diffusibilité de ces deux substances a donné lieu aux expériences les plus contradictoires et n'est pas résolue. Hoffmann

a dit encore que la proportion de sérine et de globuline était en général la même dans le sang et dans l'urine ; le quotient albumineux $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}} = 1.5$ à 2 ; dans les néphrites aiguës la globulinurie serait plus grande que la sérinurie et le quotient albumineux serait plus petit que l'unité. Lecorché et Talamon considèrent que le quotient albumineux plus petit que l'unité entraîne un pronostic grave ; Csatary ne lui attribue pas du tout la même signification : un quotient albumineux plus petit que l'unité décèle une circulation en retour aggravée.

De l'avis de Jaccoud, dans les néphrites aiguës, au moment de l'acmé de la température, il y a augmentation de la proportion de globuline et la sérine peut faire défaut : en pareille occurrence, il y a fausse albuminurie.

Les peptones ne coagulent pas par la chaleur elles précipitent par le réactif de Tanret à froid et se redissolvent à chaud ; elles précipitent par le tannin ; le biuret les colore en rose, mais elles ne précipitent pas par le sulfate d'ammoniaque comme les albumoses. La peptonurie est exceptionnelle et les significations les plus diverses lui ont été données.

Les albumoses de Bences Jones, les hémi albumoses ou propeptones incoagulables, forment, pour Semmola, la masse de l'albuminurie fébrile. D'autres albumines ont été encore signalées : substances albuminoïdes à réactions semblables à celles de la caséine, à celles de la mucine ; syntonine, protéine, fibrine, lardacéine. La valeur de ces diverses albumines n'est pas connue ; d'ailleurs, l'analyse chimique viendra peut-être renverser ce qu'elle a élevé et Duclaux dit à cet égard : « Je ne veux pas dire qu'il n'y ait qu'une seule matière albuminoïde ; je crois, au contraire, qu'il y en a beaucoup, mais je crois aussi que l'imagination de l'homme et une mauvaise méthode de travail en ont créé encore davantage et que les espèces que l'on nous représente comme

chimiques, sont le plus souvent des espèces chimériques.»

Au point de vue physiologie pathologique, Lecorché et Talamon affirment que l'élément température est étranger à l'apparition de l'albuminurie fébrile, car les effets de l'hyperthermie sont tardifs. La pression sanguine s'abaisse probablement sous l'effet des toxines microbiennes ; il y a stase du sang dans le glomérule et, comme conséquences, glomérulite desquamative et passage de l'albumine. Gerhardt distingue à ce point de vue deux sortes d'albuminurie : 1° l'albuminurie fébrile, parce qu'elle apparaît à l'acmé de la température et disparaît avec elle ; 2° l'albuminurie symptomatique d'une néphrite, qui apparaît entre le septième et le quatorzième jour ou entre le quatorzième et le vingt et unième.

Enfin, tout récemment Brault, d'une part, et Castaigne, d'autre part, affirment que toute albuminurie est symptomatique d'une néphrite « qu'il ne faut pas nier, dit ce dernier auteur, sous prétexte que, dans bien des cas, elle est superficielle, passagère et curable. »

DEUXIÈME GROUPE

Néphrites congestives

Observation I. (Toussaint). — Adulte du sexe masculin. Parotidite double; l'albumine apparaît le cinquième jour; elle dure deux jours. On note beaucoup d'albumine, de l'oligurie, de violentes convulsions, du coma; l'orchite droite. Guérison.

Observ. II. (Sylvester). — Adolescent de 17 ans. Parotidite double. L'albumine apparaît le troisième jour en petite quantité; céphalée accompagnée de délire, de convulsions et d'anurie. Douleurs lombaires (région des reins). Orchite gauche. Guérison.

Observ. III. (Burne). — Enfant de douze ans du sexe masculin. Pas d'antécédents. Parotidite double. Albumine apparaît quatre jours après que l'enflure des oreillons a disparu. L'urine est rare, pâle, verdâtre, troublée. Il y a beaucoup d'albumine. En même temps, on note de violentes convulsions, du coma et de l'anurie. L'albuminurie dure cinq jours. Guérison.

Observ. IV. (Hénoch). — Petite fille de six ans. Parotidite double. L'albumine apparaît une semaine après la

disparition de la parotidite et dure huit jours. On note l'hématurie concomittante et l'absence de cylindres dans l'urine. Guérison.

Observ. V. (Hénoch). Petite fille de cinq ans. Parotidite double Apparition de l'albumine le dixième jour. Hématurie concomittante. Durée une semaine. Guérison.

Observ. VI (Sorel). — Garçon de 24 ans. Parotidite double. L'albumine apparaît cinq jours après que la parotidite a disparu ; hématurie concomittante. L'albumine dure peu de jours. On note en même temps la fièvre, du délire, de l'aphasie temporaire, l'orchite droite.

Observ. VII (Isham). — Petite fille de 4 ans, atteinte de parotidite double. L'albuminurie apparaît le second jour de la maladie ; on note beaucoup d'albumine et des cylindres. La durée n'est pas fixée. On note en même temps : une péricardite ourlienne, beaucoup de fièvre, du délire et la dyspnée.

Ces sept observations, formes légères de néphrite ourlienne, ont un air de famille très accentué qui les rapproche. Trois ont trait à des petites filles de 4, 5 et 6 ans ; une, à un enfant de 12 ans ; les autres à des jeunes gens de 17 à 24 ans. Donc 4 sur 7 intéressent la pédiatrie, et on comprend peu l'ostracisme dont est frappée la néphrite ourlienne dans certains traités de pédiatrie, qui ne la citent même pas.

Ce sont toutes des parotidites doubles. Elles sont compliquées d'orchite dans trois cas sur les quatre qui ont trait à des malades du sexe fort. L'albumine apparaît respectivement le second, le troisième, le cinquième jour des oreillons ; quatre jours (Burne), cinq jours (Sorel), une semaine après (Hénoch). Le caractère critique que certains auteurs lui attribuent n'est donc pas justifié. Sa durée est variable : deux jours dans deux cas ; cinq jours, huit jours dans deux obser-

vations. La quantité n'est pas généralement bien rapportée : beaucoup d'albumine dans trois observations ; des cylindres dans une.

La céphalée, la dyspnée, l'aphasie temporaire sont chacunes rapportées une fois ; le coma est noté deux fois ; le délire aussi, et il ne paraît pas en relation avec la plus ou moins grande quantité d'albumine : petite quantité (Sylvester), beaucoup d'albumine (Isham). On voit apparaître deux fois l'oligurie et dans un seul cas l'anurie passagère.

Dans les trois premières observations, les convulsions et les urines rares ou l'anurie marchent ensemble ; dans les trois autres où l'hématurie est signalée et où on ne voit pas d'oligurie, n'apparaissent ni convulsions, ni coma Dans aucun cas, les œdèmes ne sont signalés. La guérison est la règle, malgré parfois la présence de symptômes alarmants et la lésion ne passe pas à l'état chronique.

Cette forme de néphrite est donc caractérisée : 1° par une albuminurie de peu de durée (deux à huit jours), accompagnée de convulsions — qui semblent marcher avec l'oligurie et l'anurie —, et de coma (trois premières observations) ; ou d'hématurie sans phénomènes convulsifs et sans oligurie (Obs. IV, V et VI). La guérison est la règle.

2° Absence des œdèmes.

TROISIÈME GROUPE

Néphrites complètes

Observation I. (Demme). — Garçon de 7 ans ; l'albuminurie apparaît pendant la désenflure des oreillons. Symptômes : ceux de la néphrite scarlatine. Urines : glomérulo-néphrite. Durée : courte. Guérison.

Observ. II (Kerley). — Petit garçon de 4 ans ; parotidite double d'intensité moyenne ; l'albumine apparaît le huitième jour, dure 6 jours. Urines épaisses avec hématurie. OEdème des paupières. Guérison.

Observ. III (Granier). — Enfant de 12 ans; parotidite double ; l'albumine apparaît quelques jours après le début de l'infection ourlienne ; on note beaucoup d'albumine qui persiste longtemps ; en même temps de l'œdème des paupières et des pieds, des convulsions et du coma. Guérison.

Observ. IV. (Catrin). — Jeune soldat atteint de parotidite ; l'albumine survient 18 jours après la guérison ; il y avait beaucoup d'albumine ; on note en même temps la céphalée, les vertiges et de l'œdème des paupières.

Observ. V. (Renard, 1885). — Au mois de janvier 1885, un malade du 135e de ligne entrait à l'hôpital avec le diagnostic : oreillons, albuminurie. Cette double mention était de nature, on le comprend, à éveiller mon attention d'une manière toute spéciale. Le malade fut donc soigneusement interrogé et observé : il présentait un gonflement notable des deux parotides, de l'œdème du bas-ventre et des chevilles ; la fièvre était presque tombée et l'état général était très bon. L'analyse de l'urine décèle une forte proportion d'albumine. L'aide-major du régiment, M. Chène, qui avait visité le malade et qui avait rédigé le certificat d'entrée à l'hôpital, m'adressa, sur la demande que je lui en fis, les renseignements complémentaires suivants : « Le nommé Chauvet, soldat de 1re classe, se présente à la visite le 16 janvier 1885 ; il se plaint d'inappétence. Langue saburrale, pas de céphalalgie, légère angine.

17 janvier. — Gonflement de la région parotidienne, angine, langue saburrale.

18. — Même état ; le malade ne ressent aucune douleur dans les testicules.

20. — A la visite, même état. Dans l'après-midi, le malade vient me trouver en me disant qu'il a les parties enflées. Je constate un œdème assez considérable des bourses. Les membres inférieurs sont également œdématiés, mais à un degré moindre. Le lendemain, l'œdème a diminué aux bourses et aux membres inférieurs, mais il est encore très apparent. Les urines sont examinées : l'épreuve par la chaleur et par l'acide nitrique donne un précipité d'albumine très abondant. » Le malade guérit franchement quelque temps après ; il avait déjà eu des oreillons l'année précédente. Quatre autres malades ayant eu de l'albuminurie à la suite d'oreillons succombèrent.

Observ. VI. (L. Renard, 1869). — En 1856, à Antibes, étant en garnison, il y avait au fort Carré une réunion de jeunes recrues, parmi lesquelles régnait une épidémie d'oreillons. L'un de mes malades avait eu des oreillons très bénins, dont la délitescence s'était opérée très rapidement, et je le croyais guéri, lorsque je le vis reparaître deux ou trois jours après, me disant : « Je reviens vous voir, mes enflures sont revenues ». « Mais, lui dis-je, ce n'est pas la même chose : votre visage est enflé de partout et que dites-vous de vos pieds? ». « Ah oui, ils sont gonflés et mes jambes aussi ». Séance tenante, je me procurai de l'urine du malade et l'acide nitrique y dénotait une quantité considérable d'albumine. Ce n'était pas autrement que quelques mois auparavant, j'avais vu débuter une albuminurie qui en moins d'un mois s'était terminée fatalement, après avoir provoqué l'anasarque, des épanchements dans les grandes séreuses et de l'œdème des poumons. Je voyais déjà ces graves symptômes se dérouler chez mon albuminurique et je l'envoyais à l'hôpital sans lui faire part de mon pronostic. Au bout de deux jours d'observation, le médecin traitant ne voyant rien empirer, au contraire, et le malade criant la faim, ne se préoccupa plus de l'albumine, nourrit largement le malade et me le renvoya après dix jours de repos. A sa sortie, je m'empressais de constater encore la présence de l'albumine dans les urines, mais en minime quantité. Pendant que ce malade était encore à l'hôpital, deux autres absolument dans la même position, mais avec des œdèmes moins prononcés aux pieds et au visage, s'offrirent à mon observation ; mais, instruit par l'histoire du premier, je gardais les deux autres près de moi à l'infirmerie, me bornant à constater que trois semaines au moins après le début de la maladie, les urines étaient encore légèrement albumineuses. Ces trois hommes partaient bien-

tôt pour l'Afrique et j'appris beaucoup plus tard qu'aucun accident ne leur était arrivé.

Observ. VII (Karth.). — Un homme de 24 ans, employé aux Halles, entra à Lariboisière le 20 septembre 1883. Il a eu la fièvre typhoïde à 12 ans. Il n'est pas alcoolique. Le 18 septembre, il a éprouvé un peu de malaise suivi bientôt de violents maux de tête, de gonflement de paupières avec cuisson dans les yeux, de nausées et de vomissements; il ne peut manger le soir. Dans la nuit, fièvre, insomnie, céphalée. Le lendemain, les joues et le cou sont enflés, la gorge est sèche et douloureuse ; épistaxis assez abondant.

20. Le gonflement des joues et du cou a augmenté, les maux de gorge et de tête persistent, le malade entre à l'hôpital. On constate de l'œdème des paupières et de l'œdème sous-conjonctival. Les régions parotidiennes, sous-maxillaires et cervicales sont énormes, empâtées, rouges le gonflement s'étend aux articulations temporo-maxilliaires. La gorge était rouge. La température s'élève le soir à 41°. A l'aspect du malade, on songe à trois affections : le gonflement des diphtéries graves, le phlegmon de l'angine scarlatineuse, les oreillons ; mais il n'y a ni fausses membranes, ni éruption ; le diagnostic d'oreillons reste seul. La salive s'écoule au dehors, la face interne des joues est recouverte d'un enduit épithélial. La déglutition est douloureuse. La rate est très grosse. Le malade reste un jour sans uriner ; la vessie est pourtant vide. Albuminurie rétractile en abondance. Traitement: potion de Todd, sulfate de quinine et acide salicylique (2 gram. de chaque en 8 paquets, d'heure en heure).

Le 22 et le 23 (cinquième et sixième jour), amélioration.

Le 24 (septième jour), à la suite d'un refroidissement, gonflement considérable des paupières et chémosis, exophtalmie lé-

gère. A ce moment, l'œdème et le gonflement des glandes parotides et sous-maxillaires ont entièrement disparu.

Le 2 (huitième jour), grande amélioration.

Le 26 au soir, le gonflement des régions parotidiennes a reparu ; il persiste le 27 ; la gorge est très douloureuse et exulcérée. La pression longtemps prolongée sur la parotide droite en fait sortir une goutte de salive louche qui présente des leucocytes et des granulations rappelant les microcoques. Sur une pièce colorée au violet, on voit des batonnets très courts et des spores réunies deux par deux. L'urine, redevenue abondante, contient très peu d'albumine ; le pouls est ralenti (50 par minute).

Le 28 (onzième jour), la fluxion parotidienne a diminué mais les glandes sous-maxillaires sont légèrement gonflées et la pression fait sourdre du canal de Warthon une salive filante et trouble. Le pouls continue à être lent (52 .

Le 29 (douzième jour), les glandes ont repris leur volume normal ; pas de fièvre ; pouls, 50.

Le 30 (treizième jour), œdème de la paupière gauche ; pas de fièvre ; pouls, 48. Urine très abondante (2.300) avec une quantité insignifiante d'albumine.

Le 1er octobre (quatorzième jour), la paupière gauche reste rouge, mais n'est plus œdématiée, sauf dans l'angle externe. On sent à ce niveau un empâtement dû probablement à l'empâtement de la glande lacrymale. Pouls, 52.

Le 2 (quinzième jour), plus de gonflement nulle part, langue dépouillée ; gorge rouge ; plus d'albuminurie ; pouls 52. Enfin, le malade sort de l'hôpital le 25 octobre guéri, mais considérablement amaigri.

Observat. VIII (Croner). — Le 20 novembre 1883, lors d'une épidémie importante qui régnait alors à Berlin et surtout dans les faubourgs de l'ouest, un petit garçon de dix

ans est atteint d'une parotidite du côté gauche, précédée d'une fièvre assez forte. Cette parotidite se termine par résolution ; mais, cinq jours après et sans avoir quitté son lit, le malade est pris d'un nouvel accès de fièvre et la parotide se tuméfie. L'engorgement se dissipe assez vite ; mais l'enfant reste languissant et ne veut pas quitter le lit.

Le 4 décembre (15 jours après le début), on remarque un œdème des paupières et de la face dorsale des mains et des pieds, avec léger degré d'ascite. L'urine excrétée en petite quantité est hémorragique et contient beaucoup d'albumine.

Le 10 décembre, la néphrite allant mieux, la fièvre se rallume, les ganglions lymphatiques de l'angle de la mâchoire gauche se tuméfient avec le tissu cellulaire voisin ; l'urine redevient hémorragique et albumineuse.

Le 18 décembre, ces phénomènes avaient cédé ; mais alors les ganglions du côté droit se prennent à leur tour. Après ce dernier incident, l'albuminurie persista encore pendant cinq semaines et l'entrée en convalescence fut reculée jusqu'au 15 janvier 1884. Les oreillons, ainsi compliqués de néphrite, avaient duré près de deux mois.

Observ. IX. (Miller). — Enfant de 4 ans, sans antécédents personnels. Héréditairement, côté paternel : grand-père mort de Bright à 50 ans ; grand-mère morte de néphrite aiguë à 32 ans. — Coté maternel : grand-père mort de Bright à 60 ans. Le père a eu une néphrite à frigore qui a duré deux mois ; urines normales actuellement. La mère a eu une néphrite aiguë très sévère, consécutive à une opération avec anesthésie à l'éther ; urines normales.

Le seul frère survivant a dix ans et a eu une scarlatine et la rougeole sans lésions rénales.

17 janvier 1904. — Oreillons doubles datent de un jour. Temp. 38 degrés.

22. — Enflure des parotides continue ; pas de fièvre pendant deux jours. Le malade se lève. La rougeole éclate dans la maison.

25. — Enflure moins marquée, le malade semble aller mieux ; pas de fièvre ; un peu pâle.

27. — Pâleur très frappante ; œdème léger des paupières : malade languissant. Temp. 38°1. Urines troubles, noires, peu abondantes. Malade remis au lit avec régime lacté.

28. — Urines : brun verdâtre, avec dépôt amorphe considérable : D. 1.022. Albumine 5 %. Urée 1,9 %. Pas de sucre, ni d'indican. Leucocytes et globules rouges nombreux ; cylindres. Quantité : 12 onces (environ 400 gr.) par 24 heures. Anémie très marquée. Temp. 38 degrés.

30. — Patient très mal. Temp. 39 degrés. Enflure de la parotide gauche disparue.

1er février. — Même état ; 3 % d'albumine. 18 onces d'urine (environ 540 gr.)

2.— Eruption légère de rougeole sur le visage et sur le cou. Temp. 39°2. Urines comme la veille. Malade très mal.

3. — Rougeole bien marquée. Temp. 39 degrés. Urines : 1 % d'albumine. Sang et leucocytes comme avant. Quantité : 23 onces (690 gr.).

4. — Temp. normale.

5. — Eruption disparaît. Enflure légère de la parotide droite. Urine : D. 1.020, avec traces légères d'albumine, cylindres hyalins ; peu de leucocytes ; pas d'hématies.

8. — Eruption disparue ; pas d'albumine dans l'urine, mais les cylindres persistent. Enflure de la parotide droite disparue. Anémie : hémoglobine 50 p. 100.

19. — Convalescence, pas d'albumine ou de cylindres dans l'urine. Hémoglobine 65 p. 100.

Onze mois plus tard, l'enfant se porte bien et l'urine est normale.

Observ. X. (Eichhorst. Résumée).— Enfant de 7 ans ; au cours d'une parotidite fit une néphrite hémorragique. La néphrite passa à l'état chronique et l'albumine fut constatée dans l'urine pendant huit mois.

Observ. XI (prise dans le service de M. le professeur Carrieu). — G..., 23 ans, sapeur-conducteur, 2e génie. Entre dans le service des contagieux le 11 janvier 1905, avec des oreillons parotidiens de chaque côté, ayant apparu la veille. Temp. 39°. Céphalalgie, embarras gastro-intestinal; hyperhémie conjonctivale. Angine avec dépôt pultacé sur les amygdales. Pas d'albumine dans les urines. On prescrit un purgatif salin, le régime lacté et des frictions à l'huile de jusquiame laudanisée sur la région parotidienne.

16 janvier. — La tuméfaction parotidienne a subi une diminution très sensible. Les phénomènes généraux ont disparu. Apyrexie.

24. — Depuis hier le malade accuse des douleurs dans le membre inférieur gauche. Signe de Lasègue, signe de Bonnet. Le sciatique est douloureux dans son trajet fessier, au milieu de la face postérieure de la cuisse, sur la tête du péroné et derrière la malléole externe.

Interrogé sur ses antécédents, le malade déclare avoir eu il y a un an une atteinte légère de rhumatisme articulaire aigu. Il est probable que cette sciatique est la conséquence du réveil de la diathèse rhumatismale à la faveur de l'infection ourlienne.

5 février. — Parotides revenues à l'état normal. Le malade quitte le pavillon des contagieux et entre dans le service du médecin principal pour traiter sa névralgie sciatique.

18. — Léger œdème des membres inférieurs. Les urines ont une coloration bouillon et renferment des traces d'albumine. Régime lacté absolu.

23. — Céphalée, vertiges, nausées. Anasarque, râles d'œdème pulmonaire aux deux bases. Facies blafard.

Urines : quantité 1.100 cc. D. 1.021. Acides. Urée : 11 gr. 6 par litre. Pas de sucre. Phosphates : 1 gr. 30. Chlorures : 12 gr. 20.

On prescrit 1 gr. 50 de théobromine.

1er Mars. — Urines émises 2.450 cc. Albumine 3 gr. par litre. L'œdème est localisé aux membres inférieurs. Le malade tousse et expectore des crachats blanchâtres et aérés ; certains sont adhérents. Un point soufflant au tiers moyen à droite. On donne une potion au benzoate de soude 3 gr., renfermant 0 gr. 50 de solution alcoolique au 1/1000 de digitaline cristallisée.

6. — Quantité d'urine 1050 cc. Albumine 4 gr.

13. — — . 2750 cc. — 3 gr. 50. Les œdèmes ont à peu près disparu ; un très léger godet aux membres inférieurs. Douleurs articulaires aux deux genoux.

17. — Anasarque. Oligurie : 1.000 cc. ; 10 gr. d'albumine. Premier bruit très sourd. On continue la caféine en injection et on donne 50 gr. de lactose à prendre dans de la tisane de chiendent.

4 avril. — Diminution très sensible de l'œdème. Diarrhée (4 selles séreuses). Quantité d'urine 1.150 cc. Albumine 7 gr.

12. — 5 gr. d'albumine, plus de diarrhée. Râles de bronchite disséminés des deux côtés. Sous-crépitants aux deux bases.

3 mai. — 4 gr. d'albumine. Anasarque : L'œdème est surtout considérable au niveau de la verge et du scrotum qui atteint les dimensions d'une tête de fœtus. Râles de bronchite des deux côtés de la poitrine ; et aux bases, râles d'œdème.

Au cœur pas de bruit de galop, mais le premier bruit est toujours soufflé.

12. — 3 gr. d'albumine. L'œdème a diminué dans des proportions considérables. Le malade, réformé, rentre dans sa famille.

Observat. XII. (Gaucher. Résumée.) Un infirmier de Gaucher eut, à l'hôpital Cochin, une parotidite ourlienne avec albuminurie. La néphrite passa à l'état chronique et, deux ans après, Gaucher put constater encore la présence d'albumine dans les urines de son infirmier.

Observ. XIII (L. Renard, 1869). — Au cours de l'observation déjà citée, L. Renard dit : « Ce n'était pas autrement que quelques mois auparavant j'avais vu débuter une albuminurie, qui en moins d'un mois, s'était terminée fatalement après avoir provoqué l'anasarque, des épanchements dans les grandes séreuses et de l'œdème des poumons. »

Observ. XIV (Renard, 1885). — A la fin de l'observation rapportée plus haut, Renard dit : « Quatre autres malades ayant eu de l'albuminurie à la suite d'oreillons succombèrent, » sans préciser autrement les circonstances.

Observ. XV (Granier. Résumée). — Demoiselle de 16 ans. Sans antécédents personnels ou héréditaires. Parotidite double. La malade s'expose au froid humide quelques jours après la déclaration des oreillons. L'albumine apparait six semaines après la parotidite ; elle s'accompagne d'œdème des membres inférieurs, elle passe à l'état chronique. Mort après une rechûte.

Observ. XVI. — Un soldat de la Garde républicaine,

âgé de 24 ans, très robuste, bien portant d'habitude, éprouve le 23 octobre 1875, étant de garde, une gêne douloureuse dans les testicules qui se tuméfient ensuite, avec prédominance à droite. Le lendemain apparaît un gonflement de la région parotidienne gauche, sans fièvre notable. Puis la face devient bouffie et l'œdème gagne tout le corps. On constate la présence de l'albumine dans les urines et on envoie le malade au Val-de-Grâce avec ce diagnostic : Anasarque et ascite avec albuminurie, début par les oreillons. On soumet le malade à l'usage des purgatifs et des diurétiques, état stationnaire.

Le 6 novembre. — Il a des troubles de la vision, l'acuité visuelle est diminuée, la papille est œdémateuse ; il y a des tâches rétiniennes.

10. — Le malade se plaint de dyspnée et de céphalalgie, avec insomnie.

12. — La douleur de tête arrache des cris au malade.

13. — Crise convulsive épileptiforme, terminée par du coma ; la quantité des urines ne dépasse pas 300 cc. en 24 heures ; il y par litre 10 gr. d'urée et 22 gr. d'albumine. Quatre sangsues sont appliquées aux apophyses mastoïdes ; le sang contient beaucoup d'urée et de graisse.

14 et 15. — Nouvelles crises épileptiformes.

17. — Orthopnée. — Mort le 21 novembre dans l'asphyxie.

Autopsie : Reins volumineux ; le rein gauche présente des altérations avancées. La capsule peu adhérente se déchire facilement ; elle présente une coloration d'un blanc jaunâtre avec des arborisations vasculaires. A la coupe, la substance corticale présente une teinte générale jaunâtre ; sur ce fond des tâches blanches irrégulières ayant l'aspect de tâches graisseuses. Dans l'intervalle des points hyperhémiés. Rein droit : même altération.

Examen histologique du professeur agrégé Laveran : Les altérations du rein droit portent presque exclusivement sur la substance corticale, ainsi que le faisait prévoir l'examen macroscopique ; le tissu conjonctif présente des traces manifestes d'inflammation.

Il a dissocié, comprimé les tubuli ; on trouve çà et là des jeunes cellules provenant d'une prolifération des cellules plasmatiques ; il y a donc néphrite interstitielle aiguë ; elle n'est pas sans mélange de néphrite épithéliale ; un grand nombre de tubuli sont remplis par des cylindres fibrineux ; d'autres renferment de grandes cellules arrondies, granulo-graisseuses qui sont évidemment des cellules épithéliales en voie de dégénérescence.

Ce qui attire l'attention à l'examen des coupes, c'est l'existence d'un grand nombre de cristaux isolés ou agglomérés qui correspondent exactement aux petits points blancs qui avaient été notés à l'examen macroscopique et qu'on avait pu attribuer au premier abord à une dégénérescence de l'épithélium, plus avancée en certains points que dans d'autres. Les cristaux disséminés dans la substance corticale sont des cristaux aciculaires, assez analogues au premier abord aux cristaux d'urate de soude qu'on trouve parfois dans les reins des goutteux ; mais ils ne se dissolvent pas dans l'eau froide et l'addition d'acide acétique ne met pas en liberté des cristaux d'acide urique, ainsi que cela a lieu quand il s'agit d'urate de soude. Les cristaux disposés sous formes de pelotes ou d'éventails sont en général contenus dans l'intérieur des tubuli qui se sont oblitérés sur certains points. Ils ressemblent parfaitement aux formes cristallines de la leucine et de la tyrosine. Dans le tissu intertubulaire on trouve des cristaux isolés, rarement en faisceaux. Rein gauche : mêmes altérations histologiques que le rein droit, mais plus avancées. Rien de particulier aux autres organes.

— Dieulafoy, dans son manuel de Pathologie interne, dit : « Parfois cependant la néphrite est assez violente pour causer la mort par urémie (cas de Colin, de Catrin, de Demme, de Lekoy). »

Les seize observations qui précèdent ont trait à des sujets d'âge et de sexe différents : Petit garçon de quatre ans (Kerley, Miller) ; de six ans (Croner) ; de sept ans (Eichhorst) ; de douze ans (Granier).

Les autres ont trait à de jeunes soldats (Renard, L. Renard, Catrin, observation personnelle), à un jeune homme de 24 ans (Karth). Sur ces seize observations, six se rapportent à des sujets de moins de douze ans. Et l'assertion de Brouardel : « La néphrite ourlienne est absolument exceptionnelle chez l'enfant », apparaît d'une fausseté évidente. Miller aussi fait remarquer que « bien des manuels de maladies infantiles ne mentionnent même pas la néphrite comme une complication possible des oreillons et que d'autres en parlent comme d'une chose rarissime. »

En réunissant le second et le troisième groupe, on trouve que sur vingt-trois observations de néphrite ourlienne, dix appartiennent aux tout jeunes. La néphrite ourlienne est donc au moins aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adulte.

Les antécédents de ces malades n'ont pas été notés ou ne présentaient rien de notable dans dix observations. Pour les autres, on trouve la typhoïde (Karth), le rhumatisme articulaire (observation personnelle). Au point de vue hérédité, l'observation de Miller est absolument remarquable ; c'est une famille typique de rénaux et, du côté paternel comme du côté maternel, depuis les grands parents, tous étaient morts de Bright ou étaient brightiques ; une

sœur du petit malade avait eu aussi une néphrite scarlatine. Il est intéressant de commenter ce cas à la lumière des résultats fournis par les tous récents travaux de Castaigne et de Rathery, sur l'hérédité en pathologie rénale (1906).

L'albuminurie héréditaire et familiale a été mise tout d'abord en lumière par Lecorché et Talamon, Dickinson, Arnozan, et Paul Londe. Pour l'expliquer, Lecorché et Talamon, Teissier, font appel à une faiblesse congénitale qui prédispose le rein à subir plus facilement l'action nocive de certains agents. Les autres auteurs se contentent du *locus minoris resistenciæ*, bon enfant et élastique. Charrin, le premier, essaie par l'expérimentation de résoudre le problème ; il traumatise les reins de femelles pleines et constate parfois chez les nouveaux-nés des altérations épithéliales.

Castaigne et Rathery ont conduit leurs recherches de la façon suivante : 1° ils provoquent expérimentalement chez des femelles non pleines des lésions de néphrite ; puis ils les font couvrir et étudient les reins des mises-bas à terme : les petits sont atteints de néphrite ; 2° ils injectent à des femelles pleines de l'émulsion rénale ou des sérums néphrotoxiques ; les femelles mettent bas des petits qui présentent des lésions de néphrite ; 3° ils examinent le sérum des femelles pleines atteintes de néphrite et y rencontrent des substances néphrotoxiques qu'ils retrouvent dans le liquide amniotique et qui sont transmises très abondamment au fœtus ; 4° ils ont fait d'assez nombreux examens anatomo-pathologiques portant sur des reins d'enfants issus de mères brightiques et morts quelques heures après la naissance et ont toujours trouvé des néphrites diffuses très nettes. Ils arrivent aux conclusions suivantes: « Dans ces conditions, le mécanisme pathogénique des différentes formes d'hérédité rénale est facile à comprendre, puisque tout malade atteint de néphrite présente dans son sérum des substances très toxiques pour les reins ; puis-

que ces substances passent très facilement de la mère au fœtus, on conçoit que dans tous les cas où une femme atteinte de néphrite devient enceinte le fœtus est, pendant toute la durée de son développement, irrigué et baigné par des humeurs néphrotoxiques. Mais il y a des degrés dans la toxicité ; aussi, dans certains cas, les altérations seront si marquées que la mort surviendra dans les premiers jours et même les premières heures de la vie extra-utérine. Dans d'autres cas, au contraire, les altérations sont superficielles et compatibles avec la vie, mais le rein n'en reste pas moins un point faible prêt à présenter des réactions lésionnelles à l'occasion des moindres poussées toxiques ou infectieuses. »

Sur ces 16 cas, la parotidite fut double 6 fois. La date du début de l'albuminurie est variable : trois jours, quatre jours, quelques jours, le huitième, le douzième, le quinzième jour après le début ; — deux ou trois jours, le troisième jour, dix-huit jours après la guérison. L'albumine apparaît ainsi en pleine infection dans 8 cas et après la guérison dans 3 cas ; le caractère critique n'est pas toujours ici non plus justifié. La quantité d'albumine n'est pas toujours rapportée avec toute l'exactitude désirable ; on note : beaucoup d'albumine, de fortes proportions, des quantités considérables d'albumine rétractile et en abondance (Karth) ; 5 p. 100 (Miller) ; des quantités variant de 3 à 10 grammes (personnelle).

La durée de cette albuminurie est très variable : dans trois cas elle n'est pas rapportée ; elle dure : six jours, douze jours, vingt-deux jours ; persiste longtemps (Granier) ; trente-cinq jours (Croner). Quatre-vingt-deux jours après, alors que le malade fut réformé, il y avait encore 3 gr. d'albumine dans les urines (Observation personnelle) ; elle peut être rangée avec celle de Gaucher et d'Eichhorst, parmi celles qui passent à l'état chronique.

Les autres symptômes urinaires sont : les cylindres (Miller) ;

la rétractilité (Karth). L'oligurie (700 gr. d'urine pendant sept jours, Miller), (observation de Croner, observation personnelle). L'anurie passagère (Karth). L'hématurie dure six jours (Miller) ; elle parait à deux reprises à six jours d'intervalle et coïncide chaque fois avec une poussée nouvelle d'albuminurie et de symptômes trahissant chaque fois une invasion rénale violente (Croner) ; elle est encore rapportée par Eichhorst et Kerley.

Les œdèmes sont un trait caractéristique de ce groupe : l'œdème des paupières est le plus fréquemment relevé ; puis viennent par ordre de fréquence : l'œdème des pieds ; l œdème du visage, l'œdème des jambes, des bourses, du bas-ventre, de la face dorsale des mains ; l'œdème pulmonaire (observation personnelle, Pratolongo). Dans tous les cas, les œdèmes et l'albumine apparaissent ensemble. L'anasarque est d'abord cité par Pratolongo ; il se montre à trois reprises et deux fois coïncide avec l'oligurie et une albuminurie très marquée, 10 gr. (Observation personnelle). Croner est le seul à avoir rencontré l'ascite légère.

Quelques symptomes d'urémie cérébrale sont rapportés de ci de là : convulsions et coma (Granier), céphalée et vertiges. L'exophtalmie est rare; de même la pâleur accentuée du sujet.

Des phénomènes généraux très marqués et concomittants apparaissent assez souvent (Karth, obs. pers.) La terminaison de ces néphrites prête à des considérations qui ne sont pas dénuées d'intérêt, quant au pronostic et quant à la pratique courante. Trois malades sur douze restent atteints de lésions définitives. Pour les autres, si l'on observe toutes les transitions depuis les néphrites qui durent six jours à celles qui durent trente cinq jours, jusqu'au passage à l'état chronique, il est permis de se demander s'ils sont définitivement guéris. En effet, même quand l'albumine a disparu, il ne faut pas se hâter de proclamer que le rein est totalement sain. A ce

sujet, Lecorchet et Talamon estiment qu'il faut suivre les malades pendant quatre ou cinq ans ; on pourra alors considérer que leurs reins sont fonctionnellement normaux si on peut constater : 1° la disparition complète de l'albumine; 2° l'excrétion normale de l'eau et la non persistance de la polyurie critique ; 3° que l'urée, les sels et les matériaux organiques restent au taux physiologique; 4° que le cœur ne s'hypertrophie pas. Castaigne, bien qu'étant de l'avis de Talamon, a une conduite qui se plie plus facilement aux exigences de la clinique journalière. Dès que le malade est guéri, en apparence, il le soumet aux épreuves suivantes : 1° épreuve du bleu de méthylène et de la phloridzine ; 2° injections d'ovo-albumine ; 3° épreuve de la chlorurie alimentaire. Si les résultats fournis sont ceux du rein normal, il affirme la guérison complète. Si non, le rein est resté débile et il prescrit une hygiène appropriée. Bien qu'il n'ait jamais eu à se repentir dans la suite de sa façon d'opérer, il complète son examen comme l'indique Talamon, lorsque la période de quatre ou cinq ans s'est écoulée. On voit donc que même lorsqu'ils sont guéris en apparence, un examen approfondi des fonctions du rein peut amener le praticien à prescrire aux malades une hygiène spéciale; il est ainsi possible de prévenir chez la femme enceinte les surprises toujours redoutables de l'éclampsie.

A côté de ces néphrites complètes se terminant par le *restitutio ad integrum*, la débilité rénale ou le Bright, se placent les formes à évolution fatale. Les résultats de l'observation clinique et de l'expérience sont en effet concordants pour prouver que la même cause nocive peut, suivant la dose, provoquer des néphrites de degrés différents. Des injections sous-cutanées de cantharidine à très faible dose provoquent chez le cobaye une néphrite congestive légère ; à dose plus forte les tissus rénaux sont incapables de recouvrer leur vitalité

première et la lésion passe à l'état chronique ; en augmentanl encore la quantité de cantharidine on obtient l'urémie aiguë et la mort ; l'alcool, les toxines microbiennes injectées agissent de la même façon ; et il est dès lors facile de concevoir que suivant la violence de l'infection, la toxine ourlienne, inconnue, plus ou moins abondante, plus ou moins nocive, donne lieu aux diverses modalités observées depuis la néphrite congestive, bénigne, jusqu'à l'urémie suraiguë rapidement fatale. Les formes mortelles de la néphrite ourlienne ne semblent pas avoir été également connues de tous les classiques. Brouardel cite le cas de Colin et de L. Renard, de même Comby. Dieulafoy en rapporte 4 cas de L. Colin, de Demme, de Catrin, Lekoy. Miller parait ignorer les trois derniers cas dont nous n'avons pu d'ailleurs retrouver les observations. Il y aurait donc dans la littérature médicale 10 cas de mort par néphrite ourlienne.

Granier précise peu les circonstances du fait : il incrimine l'action du froid, comme Miller d'ailleurs, pour expliquer la première apparition de la néphrite : la mort survient au cours d'une rechûte.

L'albuminurie atteint 22 gr. et apparaît avec les oreillons (Colin) ; il y a aussi oligurie (300 cc.). Le tableau symptomatique est caractérisé : 1° par les œdèmes : généralisés (L. Renard, Colin) ; œdème du poumon (L. Renard) ; œdème de la papille (L. Colin), l'orthopnée (Colin.)

2° Troubles de la vision : tâches rétiniennes ; acuité visuelle diminuée.

3° Epanchements dans les grandes séreuses (L. Renard) ; ascite (Colin).

4° Par les symptômes généraux : crises épileptiformes et coma : céphalée atroce ; insomnie.

La mort survient en 28 jours (L. Colin) ; l'autopsie montre de gros reins avec lésions de néphrite intersticielle prédominantes et des lésions moins accusées de néphrite épithéliale.

CONCEPTIONS DIVERSES DES NÉPHRITES AIGUËS

Les néphrites aiguës ont donné lieu à bien des divisions. Nous allons rapidement les passer en revue et voir en définitive quel sera le cadre et les dénominations qui s'adapteront le mieux aux groupes séparés de néphrites ourliennes. La vieille division des néphrites aiguës en catarrhales et parenchymateuse a été définitivement abandonnée. Dieulafoy repousse, en effet, toute classification basée sur la lésion anatomique, car celle-ci est éminemment variable avec l'étiologie, la longueur et l'intensité de l'inflammation.

De même, les néphrites congestives, légères, intenses de la néphrite aiguë sont à rejeter, car il n'y a pas de frontières bien marquées entre elles.

Il mentionne donc : 1° la néphrite albumineuse simple qui correspondrait à l'albuminerie fébrile des auteurs ; 2° les néphrites aiguës (en bloc). Leurs symptômes sont : symptômes urinaires : albuminurie, hématurie, oligurie. OEdèmes, anasarque. Céphalée et vomissements. Au point de vue terminaison : *a*) la guérison, *b*) le passage à l'état chronique, *c*) la mort par urémie aiguë.

Brault, lui aussi, rejette la lésion anatomique comme

critère d'une division : « Il faut, dit-il, rapprocher les néphrites de causes variables, mais présentant les plus grandes analogies par la lenteur ou la rapidité de leur marche, bien plus encore que par la répartition de leurs lésions.» Partant de ce principe, il admet la séparation suivante :

1° Les néphrites passagères, néphrites des maladies générales fébriles, néphrites infectieuses, néphrites des intoxications aiguës.

Symptomatologie : Albuminurie de peu de durée (8 à 10 jours), sauf parfois dans les formes traînantes ; elle peut atteindre 3 et 5 gr. par jour et plus. Elle n'est pas critique. Anurie, oligurie, hématurie. Peptonurie au moment de la résolution, propeptonurie au début de la néphrite.

Terminaison : *a*) en général curables ; *b*) parfois mortelles; les cas mortels appartiendraient surtout « aux néphrites prolongées qui dépassent le trentième jour de la maladie et évoluent ensuite comme des néphrites subaiguës. »

2° Les néphrites subaiguës, glomérulo-néphrites, néphrites par infections et intoxications prolongées. La scarlatine est prise pour type ; les oreillons sont cités avec les cas de Karth, Renard, Gaucher, Hénoch, Croner.

Description : celle de la néphrite scarlatineuse suraiguë.

Terminaison : *a*) passage à l'état chronique ; *b*) mort par urémie comateuse ou par les inflammations et les complications du côté de la peau (érysipèle, abcès, phlegmon).

Tout en adoptant d'une manière générale les idées de Brault, Castaigne trouve qu'il a tort de réunir dans une même classe des néphrites qui évoluent vers la chronicité et d'autres qui se terminent rapidement par la mort. Pour lui, le principe de toute division doit être surtout clinique et tenir compte de l'évolution particulière de chaque forme. Il étudiera donc :

1° Les néphrites aiguës superficielles et passagères correspondant à l'albuminurie fébrile simple des auteurs, à évolution bénigne et non accompagnée d'autres symptômes. Cette forme « implique, dit-il, que le poison qui agit a une action peu intense et durable et que les lésions, quoique diffuses, sont peu marquées et curables. »

2° Les néphrites suraiguës qui évoluent rapidement vers la mort par urémie.

3° Les néphrites aiguës prolongées, dont le type est la néphrite scarlatine de la convalescence et la néphrite à frigore. Il les caractérise :

a) Syndrome urinaire : urines colorées, parfois hématiques ; à densité élevée, acides; urée et chlorures diminués ; albumine : plusieurs grammes par litre ; fonctions rénales amoindries.

b) Les œdèmes: localisés et le plus souvent généralisés ;

c) Absence de symptômes cardiaques ; parfois cependant le bruit de galop ;

d) Symptômes urémiques toujours présents mais atténués: céphalée, vomissements, crampes, bourdonnements d'oreilles ; dyspnée ; troubles oculaires, parfois grande urémie.

Terminaison : *a)* passage à l'état chronique ; *b)* albuminuries chroniques persistantes, intermittentes, traduisant la débilité rénale.

A vouloir prendre l'évolution clinique comme base, il faudrait, pour être conforme avec la réalité, multiplier les divisions à l'infini ; la débilité rénale elle-même prêterait à l'institution d'un type qui ne serait pas moins intéressant et justifié que les autres.

Nous séparerons donc : 1° l'albuminurie ourlienne simple ; 2° la néphrite ourlienne congestive ; 3° la néphrite ourlienne complète.

CONCLUSIONS

Les observations des complications rénales des oreillons peuvent être groupées de la façon suivante :

1° L'albuminurie ourlienne simple (fébrile des auteurs). Caractères : albuminurie apparaissant au cours d'ourles, sans autres symptômes, fugace, essentiellement bénigne ;

2° Les néphrites ourliennes congestives caracterisées par : l'albuminurie de peu de durée (2 à 8 jours), accompagnée de convulsions, qui semblent marcher avec l'oligurie et l'anurie ; — ou d'hématurie sans phénomènes convulsifs et sans oligurie ; – l'absence d'œdèmes; la guérison est la règle. A un degré plus élevé, elles font la glomérulo-néphrite;

3° Les glomérulo-néphrites ourliennes, néphrites ourliennes complètes, surviennent aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Le froid humide semble être une cause prédisposante.

Urines : oligurie, hématurie, cylindres. Albumine de 3 à 10 gr.; dure depuis 6 jours jusqu'au passage à l'état chronique.

OEdèmes : généralement partiels, le plus souvent visibles aux paupières et aux pieds (formes chroniques); œdèmes

généralisés, œdème du poumon, œdème de la papille (formes mortelles), ascite parfois légère, parfois épanchements dans les grandes séreuses. — Symptômes urémiques ou atténués ou très accentués, toujours présents. Symptômes généraux fortement marqués en général. Au point de vue de la terminaison, elles comportent les modalités suivantes :

a) Restitutio ad integrum ;
b) Débilité rénale ;
c) passage au bright confirmé ;
d) Mort par urémie suraiguë.

BIBLIOGRAPHIE

Pratolongo. — Lettre à Borsieri (1752).

Cruveilhier. — Revue Médicale (1830).

Burne. — Provincial Med. et S. Londres (1851).

Trousseau. — Archives générales de médecine, Clinique de l'Hôtel-Dieu (1854).

Wirchow. — Charité annalen (1858).

Rizet. — Note sur une épidémie d'oreillons (Archives de Médecine, 1866).

Malabouche. — Etude sur la maladie généralement désignée sous le nom d'oreillons (Thèse de Montpellier, 1867).

L. Renard. — Albuminurie bénigne et passagère au cours de la convalescence d'oreillons (Union Médicale, 1869).

Carpentier. — De l'oreillon considéré comme maladie générale et éruptive (Thèse de Paris, 1869).

Béhier. — Clinique de l'Hôtel-Dieu (1874).

Beale. — Med. Times and Gazette (t. I, 1875).

L. Colin. — Société médicale des Hôpitaux (1876).

Isham. — Américan Jour. med. Sc. (1878).

Karth. — Sur une forme grave d'oreillons (Thèse de Paris, 1883).

Sorel. — Arch. de Méd. militaire (1883).

Croner. — Société de Médecine de Berlin (1884).

Tédenat. — Contribution à l'étude de l'orchite ourlienne (Montpellier-Médical, 1885).

Renard. — Arch. de médecine militaire (Angers, 1885).

Jaccoud. — Leçons cliniques (1884-85).

Bourgeois. — De la fièvre ourlienne et de ses complications (Thèse de Paris, 1887).

Fabre. — Note sur trois épidémies d'oreillons observées à Commentry (Gaz. Méd. de Paris, 1887).

Demme. — Wienn. med. Blätt (1888).

Pognon. — Des formes cliniques de la maladie ourlienne (Thèse de Paris, 1889).

Ferrand. — Note sur les oreillons infectieux (France Médicale, 1889).

Vignerot. — Contribution à l'étude des néphrites (Th. Paris, 1890).

Gagé. — (Thèse de Paris, 1892).

Bézy. — Un cas d'albuminurie dans le cours d'une épidémie d'oreillons (Midi-Médical, Toulouse, 1893).

Comby. — Les oreillons (1893).

Toussaint. — Néphrite aiguë avec accidents urémiques à forme cérébrale dans le cours d'oreillons (Arch. de méd. et de ph. militaire, Paris, 1893).

Catrin. — Quelques observations sur 159 cas d'oreillons (Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux, Paris, 1895).

Henoch. — Lehrbuch für Kinderkrankheiten (1885).

Catrin. — Les oreillons et leurs complications (Gazette des Hôpitaux, 1895).

Kerley. — Archiv. of Pédiatrics (1898).

Brault. — Articles « Nephrites » *in*-traité de médecine, Bouchard et Brissaud (1902).

Granier. — Journ. de med. and Surg. Prat. (1902).

Sylvester. — Américan médicine (1902).

A. Miller. — Néphrite complicant les oreillons (Médical New, New-York, avril 1905).

Brouardel. — Traité de médecine et de thérapeutique.

Eichhorst. — Lehrbuch d. sp. Path. und Ther.

Lecorché et Talamon. — Traité de l'albuminurie et du mal de Bright.

Teissier. — Les albuminuries curables.

Sénator. — Traité de l'albuminurie.

Castaigne, Debove et Achard. — Manuel des maladies des reins (1906), Gazette des Hôpitaux (1er septembre 1906), article de Castaigne.

Vu et approuvé :
Montpelliér, le 31 octobre 1906.
Le Doyen,
Mairet.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 31 octobre 1906.
Le Recteur,
A. Benoist.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 7

Premier groupe. — Albuminurie fébrile simple 11

Deuxième groupe. — Néphrites congestives 25

Troisième groupe. — Néphrites complètes 28

Conceptions diverses des néphrites aigues 46

Conclusions 49

Bibliographie 51

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !